

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CALIDAD DE VIDA Y LOS FACTORES BIOSOCIALES DEL
ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO II.
ESSALUD. CAJAMARCA, 2015**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADA POR:

Bach. Enf. María Rebeca, Vega Jiménez

ASESORA:

Dra. Diorga Nélide Medina Hoyos

CAJAMARCA – PERU

2017

DEDICATORIA

A mi madre, pilar fundamental en mi vida, sin ella, jamás hubiese podido conseguir lo que he logrado, su tenacidad y lucha insaciable han hecho que sea el gran ejemplo a seguir.

A mi esposo, compañero inseparable de cada jornada, representó gran esfuerzo y tesón en momentos de declive y cansancio, demostrándome que las adversidades y los problemas se pueden superar y que no hay meta imposible de alcanzar.

Y a mis hijos e hija la razón y sentido de mi vida.

REBECA

AGRADECIMIENTO

A Dios, por todo lo que soy y he logrado, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudios.

A mi Alma Mater Universidad Nacional de Cajamarca por albergarme en mis años de estudio, donde adquirí conocimientos y aprendizajes hasta concluir la profesión de Licenciada en Enfermería, al servicio de la Sociedad.

Agradezco a la Dra Lic. Enf. Diorga Nélida Medina Hoyos, docente y asesora de la presente investigación, por su guía y orientación constante y acertada, dedicar su tiempo y esfuerzo, así como brindar sus valiosos conocimientos y aportes para la realización de esta tesis.

REBECA

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN	vi
ABSTRAC	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPÍTULO I	9
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1. Definición y delimitación del problema.....	9
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Justificación	12
1.4. Objetivos de la investigación	13
CAPÍTULO II.....	14
MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes del estudio	14
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Indicadores.....	35
2.4. Hipótesis	37
2.5. Variables de estudio	37
2.5.1. Variable independiente.....	37
2.5.2. Variable dependiente.....	38
2.6. Operacionalización de las variables.....	39
CAPÍTULO III	41
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	41
3.1. Tipo de estudio:	41
3.2. Ámbito de estudio.....	41
3.3 Población y muestra	42
3.4 Unidad de análisis:	43
3.5 Criterios de selección:	43
3.6 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	44
3.7 Procesamiento de datos.....	45
3.8 Interpretación, Análisis y discusión de resultados.	45
CAPÍTULO IV.....	46

RESULTADO, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	46
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	65
ANEXO 01	66
ANEXO N° 02	71

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar y analizar la relación entre la Calidad de vida y los factores biosociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud Cajamarca-2015. Estudio no experimental, descriptivo, corte transversal y correlacional, la muestra estuvo conformada por 132 usuarios atendidos en la cartera del adulto mayor del Hospital EsSalud - Cajamarca. La recolección de datos fue mediante un cuestionario sobre la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II y para determinar la significancia se utilizó la prueba de chi-cuadrado. La calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II es mala en 25.8%, regular en 50.8% y buena en 23.5%. Según la dimensión física 23.8% mala, 56.1% es regular y 23.5% buena. En la dimensión social, 18.2% es mala, 66.7% es regular y 15.2% su calidad de vida es buena. En cuanto a los factores biosociales, la mayoría de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II tienen edades de 60 a 80 años, son del sexo masculinos, casados, jubilados o cesantes; profesan a la religión católica, y tienen como grado de instrucción superior. Según la prueba del chi-cuadrado se ha demostrado que existe relación significativa entre la calidad de vida, edad, sexo, estado civil, ocupación, y grado de instrucción del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II en EsSalud - Cajamarca 2015.

Palabras clave: Calidad de vida, factores biosociales, adulto mayor, Diabetes Mellitus.

ABSTRAC

The main objective of the present investigation was to determine and analyze the relationship between quality of life and biosocial factors of the elderly with type II Diabetes Mellitus. EsSalud Cajamarca-2015. Non - experimental, descriptive, cross - sectional, and correlational study, the sample consisted of 132 users cared for in the elderly adult portfolio of EsSalud - Cajamarca Hospital. The data collection was through a questionnaire about the quality of life of the elderly with type II Diabetes Mellitus and to determine the significance was used chi-square test. The quality of life of the elderly with Diabetes Mellitus type II is poor in 25.8%, regular in 50.8% and good in 23.5%. According to the physical dimension 23.8% bad, 56.1% is regular and 23.5% good. In the social dimension, 18.2% are poor, 66.7% are regular and 15.2% are good quality of life. Regarding biosocial factors, the majority of older adults with type II Diabetes Mellitus are between 60 and 80 years old, are male, married, retired or unemployed; Profess to the catholic religion, and have as degree of superior instruction. According to the chi-square test, there has been a significant relationship between the quality of life, age, sex, marital status, occupation, and educational level of the elderly with type II Diabetes Mellitus in EsSalud - Cajamarca 2015.

Keywords: Quality of life, biosocial factors, elderly, Diabetes Mellitus.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe en el mundo 135 millones de personas que padecen Diabetes, cifra que se provee superará los 300 millones para el año 2025, del 100% de diabéticos, el 90% serán del tipo II. La incidencia anual estimada para el tipo II es de 60 a 150 casos nuevos por cada 100,000 habitantes y la del tipo I es de 10 a 12 nuevos casos por 100,000 habitantes; según refiere la OMS (2006). Se estima que en América del Sur, las personas mayores de 60 años con diabetes representan el 6,4% en Bolivia, el 7,1% en Perú y el 7,9% en Brasil¹.

En la Declaración de las Américas sobre la Diabetes se plantea que cuando esta enfermedad está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad. Dependiendo del país, la diabetes puede alcanzar entre 5% y el 14% de la población; pero es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas que la padecen mediante un buen control de la glucemia y modificando los factores de riesgo cardiovascular¹⁴.

En las Américas, la diabetes es un grave problema de salud pública y de alto costo que aqueja a todos, sin distinguir edades o niveles socioeconómicos. Hay millones de personas que no saben que tienen la enfermedad y otras tantas que, a pesar de que se les ha diagnosticado, no reciben el tratamiento apropiado. Se subestima la repercusión de la diabetes en las sociedades y las personas. Las personas con diabetes, cuya enfermedad está mal controlada, tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de piernas y muerte prematura. La diabetes no sólo acorta la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones en la calidad de vida del enfermo y la de su familia².

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitación del problema

El crecimiento de la población, a nivel mundial ha sido negativo, en contraste con los adultos mayores, la Organización de las Naciones Unidas (2015) refiere que para los quinquenios del 2025 – 2030 se incrementará la población de adulto mayor en 300%, mencionando además que el crecimiento alcanza un 2.2% anual, además, prevee que para el 2050 las personas de 80 años a más alcanzara un 20% de adultos mayores²⁶. Esta situación permite que, las enfermedades crónico degenerativas se incrementan drásticamente a consecuencia de muchos factores como mala alimentación, sedentarismo, estrés, entre otros, siendo la diabetes una de las más resaltantes junto a la hipertensión arterial.

La Diabetes Mellitus tipo II caracterizada por ser no insulino dependiente y deficiencia (no absoluta) de insulina. Se presentan la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglucemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida.³

La OMS considera que actualmente existe en el mundo 135 millones de personas que padecen diabetes, cifra que se prevee superará los 300 millones para el año 2025, del 100% de diabéticos, 90% serán del tipo II. La incidencia anual estimada para el tipo II es de 60 a 150 casos nuevos por cada 100,000 habitantes y la del tipo I es de 10 a 12 nuevos casos por 100,000 habitantes²⁶.

En América Latina y el Caribe la Diabetes, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000, afectaba a 19 millones de personas. En América Central existen estudios de prevalencia de diabetes que se han

realizado en las capitales de los países, como parte de la Iniciativa Centroamericana de Diabetes (Central América Diabetes Initiative, (CAMDI)¹³.

Así mismo, se estima que en América del Sur, las personas mayores de 60 años, representan 6,4% en Bolivia, 7,1% en Perú y 7,9% en Brasil, según estadística de la CEPAL para el año 2000. Mientras que en América Central el número de personas con diabetes asciende a 1,2 millones de personas, es decir, al 6,4% del total de la población. La información de la OPS para el 2000 plantea que el estimado anual de fallecidos que tienen como causa subyacente la diabetes, ascendía a cerca de 27 000 muertes por año, lo que representa 22 de cada mil personas con la enfermedad¹³.

En Uruguay el Instituto Gente Natural dió a conocer que el predominio de la diabetes guarda clara relación con la edad; de toda la población diabética, los sujetos mayores de 65 años representan 45 %. La incidencia de la diabetes aumenta además con la edad 5-6 % de los sujetos mayores de 65 años presenta una diabetes de reciente aparición, con una incidencia máxima de casos nuevos diagnosticados de 64/1.000 entre los 65 y los 74 años. La incidencia de la diabetes a edad avanzada se reduce por encima de los 75 años y es mayor en el sexo femenino. Hay que recordar también que 50-60 % de la población senil presenta una baja tolerancia a la glucosa. Por otro lado, se registra un progresivo aumento de la glucemia y una disminución de la utilización de glucosa en función de la edad. Por cuanto respecta a la diabetes clínicamente manifiesta, dos tercios de los pacientes diabéticos hospitalizados presentan una edad superior a los 65 años y el 3 % de las camas hospitalarias se encuentran ocupadas por los diabéticos ancianos²¹.

En el Perú en el año 2010, se tenía una población de 27'946,774 habitantes, 2'146,113 son personas adultas mayores que representa 7,68% de la población nacional con una prevalencia de diabetes de 1 a 8% de la población general, encontrándose Piura y Lima como los más afectados (2,5). Se menciona que en la actualidad la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados. El incremento del número de diabéticos es resultado del envejecimiento poblacional (10% entre los 60 - 70 años, 10 - 20%

entre los 70 - 80 y 17% en los mayores de 80) y en relación a los estilos de vida de la población (malos hábitos alimenticios, consumo de comida chatarra, el sedentarismo y la genética) El adulto mayor requiere de una gran demanda de los servicios ambulatorios de salud. La hospitalización prolongada, ausentismo laboral y discapacidad son factores que influyen en una mala calidad de vida, producto de las complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes Mellitus¹⁴.

Asimismo, en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), las personas adultas mayores en nuestro país representan 9,2% de la población total, lo que en cifras absolutas equivale a 2 millones 807 mil personas que sobrepasan el umbral de 60 años y más de edad donde 9% de personas mayores de 60 años tiene un diagnóstico de diabetes mellitus, pero pese a eso sólo 79 % de ese grupo recibe un tratamiento para su mal, en tanto que 21 % no es tratado; de las mujeres, el 9,5% fue informada por un médico o profesional de la salud que padecía esta enfermedad; en comparación con los hombres que alcanzaron 7,7%; 11,7% de los adultos mayores residentes en el área urbana fueron informados que tenían diabetes y 81,3% recibieron tratamiento. En el área rural solo se encontró 3,0% con diabetes, de este grupo poblacional 40,9% no recibió tratamiento. La mayoría de casos de diabetes mellitus se detectó en las ciudades de Lima, Callao y Tumbes¹⁹.

A medida que aumenta la edad se ve disminuida la calidad de vida del adulto mayor, siendo que está asociada con la personalidad, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, intrínsecamente están relacionadas a su propia experiencia, a su salud, a su grado de interacción social, ambiental y en general a múltiples factores.

En el Perú cada año está incrementando la población mayor de 60 años, específicamente en Cajamarca, la población adulta mayor de 65 años son 78,728 habitantes, cuya razón de dependencia demográfica es 70.6% y un índice de envejecimiento de 25.7%¹⁸.

Frente a esta situación se hace necesario conocer la realidad local para implementar medidas de prevención de diabetes mellitus en los adultos mayores, por lo que la presente investigación se realizará en el hospital EsSalud Cajamarca en los meses de junio - agosto del 2015 en pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten a la cartera del adulto mayor, servicio de complejidad creciente, el mismo que capta a los pacientes previa consulta por medicina general y por medio de la batería de análisis (Hemograma, perfil lipídico, descarte de enfermedad renal con orina 24 horas, micro albuminuria, depuración de creatinina); siendo una atención diaria de 20 pacientes, a los cuales se les brinda orientación nutricional, consejería sobre estilos de vida, control glicémico.

Por todo lo anterior esta investigación busca dar respuesta a la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y los factores biosociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud. Cajamarca, 2015?

1.3. Justificación

El número de personas adultas mayores con Diabetes Mellitus es cada vez mayor, incrementándose a nivel mundial, nacional, aún regional y local por lo que el presente trabajo de investigación pretende aportar datos que ayuden a la implementación y ejecución de estrategias sobre la prevención y control de la Diabetes Mellitus y la de sus complicaciones; lo que conllevaría a mejorar la calidad de vida.

La investigación es sumamente importante para todo el equipo de salud y sobre todo para el profesional de Enfermería en el área de gerontología y geriatría, ya que con ello se puede dar respuesta al cambio demográfica por la que está atravesando nuestra región , así como el compromiso social que debemos asumir con los adultos mayores, proponiendo modelos de intervención participativos, en

el marco de los valores y creencias de las personas mayores quienes tienen características propias, sobre todo los que padecen de Diabetes Mellitus tipo II.

Para la profesión de enfermería es importante investigar en el área de la gerontología, para dar respuesta a la realidad demográfica en nuestro país y por ende en la Región Cajamarca, por su compromiso social con los adultos mayores, para proponer modelos de intervención más participativos y realistas, en el marco de los valores y creencias de las personas mayores que tienen características singulares sobre todo los que padecen de Diabetes Mellitus.

Así mismo, propiciará espacios de reflexión y análisis del equipo multidisciplinario de salud para llevar a cabo acciones preventivas y promocionales, de diagnóstico y tratamiento del adulto mayor con Diabetes Mellitus brindando un cuidado holístico, teniendo en cuenta sus conocimientos, valores, creencias sobre esta enfermedad.

Los resultados de la presente investigación permitirán conocer la realidad de la persona adulta mayor con Diabetes Mellitus lo que nos ayudará a determinar cuáles son sus necesidades reales a las cuales debemos hacer hincapié a fin de lograr una atención integral y poder fomentar el autocuidado en el adulto mayor.

1.4. Objetivos de la investigación

a) General

Determinar y analizar la relación entre la Calidad de vida y factores biosociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud Cajamarca-2015.

b) Específicos

- Describir la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. EsSalud Cajamarca-2015
- Determinar los factores biosociales del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. EsSalud Cajamarca-2015
- Establecer la relación entre calidad de vida y factores biosociales del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. EsSalud Cajamarca-2015

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

En un estudio realizado en México, 2012 se concluye que “el mayor resultado negativo de la diabetes en la calidad de vida se asoció con el género masculino, con el ingreso menor al promedio y con la presencia de complicaciones por la diabetes. En los hombres con mejor nivel educativo existe una relación importante entre la dimensión de la ansiedad y preocupación y el funcionamiento sexual en contraste con las mujeres. Existen tres condiciones sociodemográficas específicas de la enfermedad que afectan a ciertos dominios más que otros, sobre todo para responder a las necesidades individuales de los pacientes, esas condiciones son: la diferencia de género, el nivel educativo y el ingreso económico”³¹.

Muñoz, Chile, 2013 en cuanto a la edad, refiere no haber encontrado diferencias significativas, al igual que el grado de instrucción pero que son aspectos que afectan la calidad de vida de los pacientes diabéticos²⁶.

Bautista, México, 2015 encontró que el bajo nivel de escolaridad afecta la poca información que estos pacientes manejan acerca de su enfermedad, prevención de complicaciones y medidas terapéuticas. La escolaridad en personas con enfermedades crónicas como la diabetes influye para que obtengan información y asuman un rol positivo en el autocuidado que deben iniciar y mantener desde el momento en que conoce el diagnóstico⁶.

Molina, Lima, 2008 de su estudio encontró que, en la mayoría de adultos mayores se presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística $P=0.01 < 0.05$ entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”²⁵.

Según Maldonado, México, 2009 los adultos mayores de esta población presentaron baja calidad de vida. Los adultos mayores específicamente en edades entre los 60 a 70 años presentan calidad de vida baja. Las mujeres presentaron calidad de vida más alta que los hombres, posiblemente porque el envejecimiento fue percibido por el hombre como más negativo. Las patologías crónicas no influyeron sobre la autopercepción de la calidad de vida, quizás porque se encontraban controlados médicamente. La mayoría de las personas mayores presentaron un elevado nivel de autonomía para el cuidado personal y de independencia funcional. El aspecto social es el que presentó mayor afectación, los adultos mayores mantienen relaciones con sus amigos y vecinos en su gran mayoría, pero solo un poco más del 50% salen a distraerse ya sea solos con la familia o amigos²¹.

Gonzales, El Salvador, 2006. Existe un alto porcentaje de adultos mayores que poseen un grado de escolaridad bajo y por ende su conocimiento deficiente en la práctica de su autocuidado, factor que influye para que se den las complicaciones agudas y crónicas en el paciente diabético¹⁷.

Balmaceda, México, 2003. El 43 % de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la Diabetes Mellitus 2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años⁴.

En su estudio sobre calidad de vida de los adultos mayores, Alfaro menciona que más de la mitad tienen buena calidad de vida, en familias extensas; los compensados viven en familias nucleares, reciben apoyo y refieren satisfacción¹.

En Pamplona, Herva, Navarra, 2007 en una investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, concluye que la Diabetes Mellitus tipo II se relaciona con una peor calidad de vida¹⁹.

Fenco, (2010) concluye en su estudio que la calidad de vida en los adultos mayores que en la mayoría presentan una calificación de regular, indicando los aspectos como

la disfunción sexual, el insomnio, la depresión y el déficit de memoria afectan su calidad de vida y considerándola no buena¹⁴.

Zamora, Manbi, 2013 en su estudio sobre La Diabetes Mellitus y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor, concluye que los adultos mayores refieren alteraciones en la dimensión física, biológica y psicológica con respecto a su calidad de vida³⁷.

En Cajamarca, no se han encontrado estudios actuales relacionaos con el tema

2.2. Bases teóricas

A. Adulto mayor

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Se dicen que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo, lo que se conoce como jubilación, otra es, que el adulto mayor es un ser delicado y débil con capacidad limitada para realizar contribuciones que la sociedad ve como beneficiosas. Existe también la tendencia de relacionar a esta persona con la muerte, enfermedades, dependencia, soledad y pérdida de status¹⁴.

Las Naciones Unidas consideran al anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada o adultos mayores jóvenes; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad¹⁴. El MINSA define al adulto mayor, a la población comprendida entre los 60 a más años de edad. Lo clasifica en tres grandes grupos:

- **Persona adulta mayor autovalente:** Persona adulta mayor capaz de satisfacer sus necesidades básicas (comer, vestirse, bañarse, entre otros) y realizar

actividades instrumentales (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajo fuera de casa). Se considera al 65% del total de adultos mayores.

- **Persona adulta mayor frágil:** Aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica y que es más susceptible a discapacitarse y presentar mayor **morbilidad** y mortalidad. Se considera que el 30% de adultos mayores tienen esta condición.
- **Adulto mayor dependiente o postrado:** Persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Entre el 3- 5% de personas adultas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición¹⁴.

2.2.1. Cambios físicos y sociales del adulto mayor

La consideración biosocial del hombre y la influencia que el paso del tiempo tiene sobre él lleva a plantear y analizar los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento desde tres perspectivas: cambios biológicos, cambios psíquicos y cambios sociales; estos en su conjunto caracterizarán el perfil del adulto mayor e influirán en la satisfacción de sus necesidades

Cambios físicos

A partir de la etapa de la madurez se produce un conjunto de procesos involutivos que conlleva al deterioro progresivo del organismo. Los cambios físicos que se producen durante el envejecimiento afectan células, tejido y órganos. Los cambios celulares consisten en un menor tamaño de las células y una pérdida de la capacidad de dividirse y reproducirse. Los cambios del tejido incluyen una acumulación de productos de desecho, entre otros. El tejido conectivo cambia haciéndose cada vez más rígido, lo cual hace a los órganos, vasos sanguíneos y vías respiratorias más duros. Los órganos cambian a consecuencia de todo ello. Éstos al envejecer pierden su función de manera progresiva y hay una disminución de la capacidad funcional

Cambios sociales

La consideración social de tareas específicas asociadas a cada fase de la vida tiende a clasificar a las personas según su grado de “productividad” en la sociedad. Al adulto mayor no se le adjudica ninguna tarea específica y, por tanto, tiende a ser considerado como “elemento improductivo” del grupo al que pertenece. El individuo puede sentirse solo, sin actividad laboral, poco integrado en la vida social y familiar e incluso inútil. Ante esto el anciano puede desarrollar distintos mecanismos de respuesta ante la situación de vejez, como son: De separación o alejamiento del mundo que le rodea. Puede volverse introvertido, poco comunicativo, egocéntrico, huye del mundo y se refugia en su soledad. De integración, aceptando el envejecimiento con cierta resignación. De actividad, reaccionando ante el sentimiento de inutilidad con la búsqueda de alternativas y actividades provechosas para él y para la sociedad que le ayuden a sentirse útil y potenciarán su autoestima.

2.2.2. Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus se define como una enfermedad debida a diversas causas que se caracteriza por hiperglucemia, secundaria a deficiencias de la acción o la cantidad de insulina y, que si no se trata apropiadamente puede causar alteraciones metabólicas agudas y trastornos crónicos que deterioran la función y la estructura de diversos órganos³⁹.

2.2.2.1. Fisiopatología

Cuando el organismo funciona de manera normal, los niveles de glucosa o azúcar sanguínea se elevan luego de ingerir los alimentos (principalmente a través de los hidratos de carbono como los azúcares, las harinas, los almidones, los productos lácteos, las frutas y los vegetales).

Cuando la glucosa pasa al torrente sanguíneo, la insulina una hormona fabricada por el páncreas saca la glucosa o azúcar de la sangre, y la distribuye a través de nuestras células, donde la glucosa es usada como combustible;

causando así la reducción de la misma. La diabetes afecta este procedimiento. En la persona con diabetes, el páncreas deja de producir insulina por completo (diabetes del tipo I), o produce insulina que no funciona efectivamente (diabetes del tipo II). El resultado en ambos casos es que, en vez de distribuirse el azúcar sanguíneo en las células, se acumula en la sangre, elevando la glucosa sanguínea a niveles anormales.

Los niveles normales de azúcar en la sangre deben ser de 70/110 mg/dl. “Cuando los niveles se mantienen por determinado tiempo a un nivel anormal, la persona es diagnosticada con diabetes (hiperglicemia en ayunas 140 mg/dl o intolerancia por la sobrecarga oral de glucosa, manifestada por hiperglicemia igual o superior a 200 mg/dl en cualquier momento)”. Muchas personas ignoran que tienen diabetes, a veces por falta de síntomas, y solo se dan cuenta cuando las complicaciones aparecen; en estos casos, muchas veces es tarde para reparar el daño causado por la enfermedad. Aunque actualmente no existe una cura para esta enfermedad, es controlable, y sus complicaciones pueden ser previstas o pospuestas mediante el control³⁹.

2.2.2.2. Etiología:

No se sabe aún cuales son las causas, pero se sabe que ciertas personas heredan una tendencia a adquirir diabetes, sin embargo, no todas las personas con esa tendencia son afectadas por la enfermedad. La diabetes puede también afectar mujeres embarazadas (diabetes gestacional). Algunas personas también desarrollan diabetes después de ser afectadas por alguna otra enfermedad. La diabetes no es contagiosa³⁹.

2.2.2.3. Tipos de Diabetes:

La clasificación sugerida por las Asociaciones Británica, estadounidense, europea, y la Sociedad australiana en la cual se pueden distinguir 4 tipos de Diabetes Mellitus y tres alteraciones relacionadas con la noxa:

Insulino dependiente

No insulino dependiente

Asociada a otros síndromes

Mellitus gestacional

Tolerancia alterada a sobrecarga oral de glucosa

Anormalidades en el metabolismo de carbohidratos previas a la prueba de tolerancia

Anormalidades potenciales en la prueba de tolerancia.

a) Diabetes del tipo I

La característica esencial de este tipo de diabetes es la necesidad absoluta de insulina exógena para evitar la cetoacidosis y la muerte. La Diabetes Mellitus insulina Dependiente (DMID) puede iniciar a cualquier edad, pero casi siempre de los 30 años. La mayoría de los casos comienza alrededor de los 11 a 12 años de edad y más del 90% se diagnostica antes de los 20 años de edad. La DMID es menos frecuente que la Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID)³⁹.

b) Diabetes del tipo II

Su característica fundamental es la posibilidad de controlarse con medidas terapéuticas no farmacológicas o con hipoglucemiantes orales, sin la necesidad de aplicarse insulina exógena, cuando menos por muchos años. Estos pacientes no tienen insulinopenia es cifras absolutas y tienden a la hiperglucemia sin cetoacidosis. La diabetes Mellitus No insulino dependiente o insulina independiente (DMNID) Es el tipo más frecuente de diabetes. Su prevalencia aumenta con la edad y el sobrepeso. Estos dos factores y tal vez los cambios en el estilo de vida son decisivos en la tendencia mundial al aumento progresivo de la prevalencia³⁹.

2.2.2.4. Manifestaciones Clínicas:

La Organización Mundial de la Salud en su revista Salud Mundial (2006) afirma que: “El paciente suele tener exceso de peso, goza de “excelente apetito” y para mantenerse sano siempre ha bebido muchos líquidos, no hay

síntomas precoces en la etapa inicial y la enfermedad a veces se diagnostica con ocasión de un análisis rutinario que muestre la presencia de azúcar en la orina o una concentración elevados de glucosa en sangre”³⁹.

2.2.2.5. Complicaciones Crónicas:

Algunos autores prefieren llamarlos complicaciones tardías, ya que son más frecuentes en la Diabetes Mellitus de larga evolución. Pueden aparecer también poco después del diagnóstico de la enfermedad, son de evolución muy prolongada, suelen ser progresivas o pueden permanecer estacionarias pero irreversibles, salvo para raras excepciones. “Su importancia reside en que estas complicaciones son las causa de muerte prematura, ceguera, insuficiencia renal, amputaciones y, en fin del deterioro de la calidad de vida del diabético”.

Entre los principales están:

a) Retinoterapia Diabética

La Diabetes Mellitus afecta la mayoría de los componentes funcionales del ojo: retina, cristalino, iris, córnea y conjuntiva. Clínicamente el paciente puede estar: completamente asintomático (retinopatía no proliferativa leve) o presentar visión borrosa transitoria (defectos de refracción), visión borrosa crónica (edema macular, retinopatía proliferativa o cataratas) o súbita pérdida de la visión (hemorragias del vítreo o desprendimiento retiniano).

Los cambios retinianos en la Diabetes Mellitus son los hallazgos más comunes y los más característicos del síndrome. La lesión fundamental de la retinopatía diabética es la microangiopatía que causa oclusión vascular e hipoxia; contribuye la acumulación de sorbitol en los pericitos y causa edema y pérdida de estos. La disminución de pericitos favorece la producción de microanuerisma, la hipoxia origina que factor (X) que se ha identificado parcialmente. Este factor desencadena comunicaciones arteriovenosas y proliferación vascular en la retina y el iris. El daño y proliferación fibrovascular

pueden generar hemorragias prerretinianas o en el vítreo y desprender la retina³⁹.

Estas alteraciones hispatologicas tienen sus manifestaciones clínicas correspondientes. (Sociedad Española de Diabetes (SED), 2003) En su boletín anual (2004) la asociación ADEMADRID señala que a los 10 años del diagnóstico de la diabetes el 50% ya presentan algún grado de retinopatía³⁹.

b) Nefropatía Diabética

La patogenia exacta no se conoce, se piensa que están interactuando factores géticos, metabólicos y hemodinámicas. Las complicaciones renales de cualquier tipo son muy frecuentes en los diabéticos. En un estudio hecho en biopsias renales señaló que todos los pacientes con diabetes mellitus tienen alguna alteración glomerular. En la diabetes han sido descritos 5 tipos de lesión glomerular:

- Glomeruloesclerosis: esta lesión puede ser nodular, difusa o exudativa en estas tres la albuminuria es la característica más importante.
- Arterioesclerosis de arteriolas aferentes y eferentes o hialinosis arteriolar.
- Arterioesclerosis de la arteria renal y sus ramas intrarrenales
- Depósitos peritubulares de glucógeno, grasas y mucopolisacáridos.
- Nefrosis tubular (o lesión de Arman – Ebstein). La enfermedad renal diabética es proteiforme en sus manifestaciones y puede variar desde un simple cambio de dintel renal de glucosa (de modo que la glucosuria no aparece hasta que la glicemia se encuentra considerablemente elevada por encima del dintel normal de 100 a 200 /100cc) hasta el inicio insidioso de hipertensión o uremia. La aparición de un incremento en la sensibilidad a la insulina puede ocasionalmente ser la primera señal de la presencia de nefropatía diabética.

Los síntomas que ocurren durante una hipoglucemia se deben a:

- La descarga producida por el sistema nervioso – simpático – descarga adrenérgica.

- Causados por neuroglucopenia. La hipoglucemia activa las células del hipotálamo que serían las responsables de la descarga del sistema nervioso simpático, dicha activación producirá síntomas tales como sudoración, palpitaciones, ansiedad; la activación del sistema nervioso parasimpático producirá manifestaciones tales como: cambios en el tamaño pupilar y aumento en la secreción de saliva por la parótida. Tanto hipotermia como hipertermia puede observarse en la hipoglucemia. La hipotermia se debería a la pérdida de calor causada por la sudoración excesiva y el vaso dilatación periférica.

La hipertermia se producirá por las convulsiones o el edema cerebral. El umbral aceptado para el desarrollo de sistema por neuroglucopenia es aproximadamente 36 mg/ del, por debajo de estas cifras de glicemia, seguida por el cerebelo, los ganglios de la base, tálamo hipotálamo, troncoencefalo, medula espinal y finalmente los nervios periféricos. Las convulsiones pueden producirse durante la hipoglucemia, siendo este síntoma más frecuente en los niños³⁹.

2.2.2.6. Tratamiento de la Diabetes Mellitus³⁹

El objetivo inicial del tratamiento de la Diabetes consiste en conseguir un buen control de los niveles de glucosa en sangre. Los objetivos a largo plazo son mejorar la Calidad de Vida. La prevención de complicaciones, que son de vital importancia en el diabético joven, deben ocupar un lugar más secundario en el adulto mayor, dada su menor esperanza de vida, por lo avanzado de su edad.

Para conseguir dichos objetivos el tratamiento se basa en cuatro pilares: la alimentación, el ejercicio, la medicación y educación diabeto lógica.

Dieta: Tiene como finalidad el control de la enfermedad y alcanzar o mantener un peso correcto.

En general se recomendará una dieta sin carbohidratos simples y sin grasas poliinsaturadas, que les proporcione entre 1500 – 2000 calorías diarias, repartidas entre 5 – 6 tomas, compuestas por carbohidratos complejos (50%), proteínas (20%) y grasas saturadas (30%) con una aportación adecuada de fibra vegetal (50-75 g/día)¹⁵.

Ejercicio: Dada las ventajas que tiene el ejercicio que se practica regularmente en cuanto a mejorar la acción de la insulina a nivel periférico, mejorar el perfil lipídico y favorecer la normotensión arterial, debe ser recomendado insistentemente al paciente diabético y animándole a practicar de forma regular algún tipo de ejercicio moderado (andar, nadar, manejar bicicleta) que no supongan un gran esfuerzo capaz de producir complicaciones adicionales, como desprendimiento retiniano, accidente cerebrovascular o elevaciones tensionales¹⁵.

Medicación: El tratamiento farmacológico de la diabetes comprende los hipoglucemiantes orales, también llamados antidiabéticos orales, los cuales son medicamentos dirigidos a mejorar los niveles de azúcar en sangre¹⁵.

Educación Diabética: Los objetivos de esta educación será proporcionarles una información sencilla y completa sobre qué es la diabetes, sus tipos, las formas de tratamiento, el autoanálisis domiciliario, las hipoglicemias y otras situaciones de alarma, el cuidado de los pies y que hacer en casos de enfermedad, viajes, entre otros.

Es de gran importancia que acudan en compañía de algún familiar quien participará activamente en el cuidado de la diabetes del paciente. En cuanto a las actividades educativas es necesaria que sean repetidas periódicamente ayudados por soporte audiovisual adecuado que mantengan el interés y logren la comprensión de lo que se muestra. En lo posible se buscará la colaboración de otros especialistas sanitarios (nutricionistas, pedicuros) o no sanitarios (pedagogo, psicólogo, asistente social) que puedan proporcionar de manera más completa la información sobre un apartado concreto del Programa de Diabetes¹⁵.

2.2.3. Calidad de vida

El concepto de calidad de vida, que se ha discutido ampliamente en los últimos años. A menudo, en los programas o proyectos de gobierno se plantea no solo agregar más años a la vida sino más calidad a esos años que se ganan. Por otra parte, en los organismos de salud se ha desarrollado el tema de los estilos de vida saludable, en gran parte condicionado a la prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). La calidad de vida es un concepto amplio, que incluye la percepción personal de satisfacción y felicidad, la relación de la persona con su entorno social y su capacidad y posición económica para adquirir los satisfactores que permiten realizar sus necesidades⁵.

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, uno de cuyos roles puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer⁵.

La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento.

La calidad de vida es un constructo histórico y cultural de valores, sujeto a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad, razón por lo cual resulta pretencioso aspirar a unificar un único criterio de calidad de vida. Los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en el tiempo y al interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales⁵.

La calidad de vida es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones. Un modo de calidad de vida reduccionista, ya sea exclusivamente subjetivo o exclusivamente objetivo, únicamente logrará empobrecer e invalidar un concepto que, por propia naturaleza, es extraordinariamente diverso. La vida establece unas condiciones objetivas y la existencia humana proporciona conciencia y reflexión, es decir subjetividad.

La reducción de la calidad de vida a la subjetividad - percepción individual de un estado de cosas importantes para el sujeto - permite mantener la sospecha de que se puede ser perfectamente feliz en medio de la miseria y la ignorancia. Un concepto operativo de calidad de vida debe contener tanto aspectos subjetivos; valoraciones, juicios, sentimientos; como objetivos; servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta y otros. Estos componentes subjetivos y objetivos de la calidad de vida conducen al problema metodológico de la calidad de vida que debe ser también multimetódica, es decir, requiere la aplicación de diversos instrumentos para aprehender ambos aspectos⁵.

Se puede sintetizar el concepto de calidad de vida como un constructo cultural histórico, que se da en cada sociedad y que, puede ser específico para distintos grupos sociales. En particular este concepto se puede aplicar al adulto mayor. Este concepto incluye elementos objetivos vinculados a la satisfacción de necesidades. Al mismo tiempo, incluye elementos subjetivos, tanto cognitivos como emotivos. Se puede incorporar al concepto de calidad de vida, el trabajo remunerado del adulto mayor, por la importancia que tiene como instrumento para obtener los ingresos necesarios para alcanzar los satisfactores de necesidades y además, por el sentido de autorrealización, lo que le permite mantenerse vigente en la sociedad⁵.

2.2.4. Enfoques de la Calidad de Vida

Definir la calidad de vida ha sido una tarea retomada por investigadores, pensadores, educadores, políticos y analistas. Durante muchos años no han podido llegar a un verdadero consenso acerca de su definición, y pese a lo que

se pudiera deducir, tantas concepciones sólo hacen pensar que no existe en realidad una definición que sea capaz de englobar todo lo que significa vivir con calidad⁸.

Es de notar que la calidad de vida ha sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definido como equivalente al bienestar, en el biomédico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial. Se considera que sea útil mencionar lo que no es calidad de vida: Calidad de vida no es el equivalente al ambiente, no es igual a la cantidad de bienes materiales ni al estado de salud físico o a la calidad del cuidado de la salud de las personas. De igual forma se distingue de los constructos subjetivos tales como la satisfacción con la vida, la moral o la felicidad. Tal como apunta Browne “La calidad de vida es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones”⁸

No obstante, al revisar la bibliografía se encuentra que existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales a) se define la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales, c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, finalmente, d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales⁸.

2.2.5. Dimensiones de la Calidad de Vida

Fenco Perú 2010, presenta un modelo a través del cual es posible integrar las dimensiones personales y socio – ambientales y los elementos subjetivos y objetivos implicados en la calidad de vida de las personas, asimismo considera las siguientes dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida:

Dimensión Física

El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas e influye en todos los aspectos. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes, como lo es con la pérdida de visión y motricidad en diversos grados.

En el adulto mayor los cambios más significativos a nivel sensorial son los derivados de la visión y de la audición, que son los que más influyen (junto con la movilidad) para el normal desenvolvimiento del adulto mayor¹⁴.

Según un estudio realizado por un grupo de trabajadores del hospital Unviersitario Vall d'Hebron de Barcelona prácticamente la mitad de las personas con diabetes tienen complicaciones del sueño¹⁴.

En paciente diabético, su autoestima e imagen corporal no difieren mucho entre sí en cuanto a grupos de edad a excepción de la actividad física, el supuesto atractivo y capacidad sexual. Una persona diabética puede realizar prácticamente cualquier tipo de actividad física y/o ejercicio por lo menos 30 minutos todos los días de la semana, bien puede ser de predominio aeróbico como: caminar, pedalear, bailar, nadar, entre otros.

Es importante que la persona que padece de diabetes realice actividad física porque mejora la eficiencia de la insulina, disminuye la glicemia, ya que, mientras se hace ejercicio, los músculos consumen más glucosa, combate el exceso de peso y la obesidad, reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca, reduce el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, contribuye a prevenir y reducir la hipertensión arterial, así como la osteoporosis, mejora trastornos digestivos como estreñimiento, mejora la resistencia de personas con enfermedades crónicas o discapacidades, contribuye con la reducción de dolores de rodilla, contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión o soledad¹⁴.

Dimensión Social

Muchas investigaciones han encontrado que el proceso de envejecimiento inevitablemente provoca la pérdida de capacidades para funcionar física y mentalmente, considerándose la vejez como de dependencia social¹⁴.

A medida que pasan los años los adultos mayores suelen mostrarse menos agresivo y competitivos, necesita menos de otras personas afines, e incluso en ocasiones encuentra satisfacción en la soledad al sentirse rechazado por una sociedad que no lo necesita.

Asimismo a medida que pasa el tiempo el paciente diabético entra en un declive fisiológico y orgánico que lleva inevitablemente a dejar sus trabajos o jubilarse. Lo cual influye directamente con el alejamiento brusco de su vida profesional, de su grupo de pertenencia dinámica.

Esto puede causar que el paciente tenga la impresión de que se haya convertido en un simple espectador en la vida. En realidad no tiene que ser así, se hace forzosa la solución positivamente esta crisis, para evitar que la persona desemboque inevitablemente en los dos aspectos más penosos de la vida: el tedio y la soledad. El tedio puede definirse como un sentido de reducción del movimiento del tiempo, lo que produce gran pesar y puede dar la impresión de que no se vive ya. La soledad, es la pérdida del grupo de pertenencia, un empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales y/o familiares por la reducción de la comunidad de experiencias vitales con las suyas, son solitarios con ellos mismos, con la gente, en una reunión familiar o junto a sus nietos.

En cuanto al empleo de tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos. Un enfoque simplista del ocio y de la recreación, nos lleva a considerarlas como una nueva opción individual del tiempo libre, y dejaríamos de apreciar su carácter desarrollador, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les

considera como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida del paciente.

La actividad física-intelectual favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos, haciéndolos sentir motivados y orgullosos. Como menciona el Geriata Cowgill la recreación es un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento¹⁴.

Otra subdimensión que se considera es la calidad ambiental que por lo general incluye problemas relacionados con el medio ambiente que decrementan el bienestar subjetivo. Estos aspectos son principalmente: contaminación, ruido, pérdida de tiempo, transportarse de un lugar a otro en la ciudad.

No hay que dejar de lado el aspecto económico dentro del cual transcurre la enfermedad y ha sido frecuentemente menospreciado por los estudiosos de la calidad de vida, quienes lo han restringido y limitado solamente al ámbito material de la vida de las personas. Sin embargo, el bienestar económico de las personas “necesariamente nos lleva más allá del análisis de la posición económica relativa de los individuos en momentos actuales, utilizando algún indicador de renta y también más allá de la incidencia que la pobreza pueda tener en este segmento de la sociedad, o del análisis del importe de las pensiones que perciben”.

El concepto de bienestar económico permite analizar una cantidad importante de los factores que condicionan el bienestar de la persona. Las desigualdades de género pueden entenderse como consecuencia de las condiciones de vida en que se desarrolla la actividad de las mujeres durante su ciclo de vida (la participación de las mujeres es mucho menor que la de los hombres, tienden a tener carreras profesionales discontinuas, trabajan en peores condiciones y reciben menores ingresos en igual posición ocupacional)¹⁴.

las desigualdades por edad, como consecuencia del efecto cohorte y por la incapacidad de los sistemas de garantía de rentas(público o privados) para garantizar el mantenimiento de rentas durante periodos amplios; o bien, las desigualdades en función a la residencia son dables de registrar a través de los equipamientos y servicios públicos a los que tienen acceso los pacientes más aun los adultos mayores; finalmente; es también posible dar cuenta de las desigualdades basadas en factores que actúan en momentos anteriores del curso vital, como la nutrición en la infancia, el nivel educativo, la ocupación y los ingresos. Se refiere a tener comodidades materiales y seguridad económica para vivir tranquilo, incluye la posesión de un patrimonio (casa propia, bienes, etc.)¹⁴

2.2.6. Calidad de Vida del Paciente Diabético

Es importante que quien padece de Diabetes Mellitus se acostumbre a vivir con su enfermedad y se informe bien sobre ella, esto le ayudará a crear conciencia del rol activo que deben cumplir en su tratamiento, y de que la forma de sobrellevar mejor su enfermedad depende de cómo ellos conciban su responsabilidad en la adherencia al tratamiento¹⁵.

Para lograr lo anterior, es indispensable que el paciente diabético realice un proceso que le permita aceptar la nueva condición asociada a la diabetes. Se considera que existen tres fases principales por las cuales pasa la persona luego de saber que es diabética: Negación, en esta etapa la persona está motivada y lista para cuidarse, experimenta una sensación de euforia, siente que a pesar de la noticia su estado no es tan serio. Ahora se siente bien, y cree que seguirá sintiéndose así el resto de su vida sin necesidad de angustiarse demasiado por lo que pasa, o de hacer en su vida grandes cambios.

Depresión, en esta fase el paciente se da cuenta de que algo le está ocurriendo. En ese momento el paciente considera importante y le encuentra sentido a las recomendaciones e información recibida acerca de los cambios que debe realizar. No obstante, carece de la motivación suficiente para asumirlos de manera comprometida, de allí que no se sienta obligado con el autocontrol de

tal enfermedad. Elaboración y trabajo del duelo, durante la tercera etapa del paciente diabético acepta de manera integra la nueva condición. Asume entonces las actitudes, comportamientos, hábitos y demás elementos necesarios para procurar llevar una vida lo más sana y agradable posible¹⁵.

Los pacientes diagnosticados como diabéticos se enfrentan a interrogantes ligados a aspectos específicos: el trabajo (capacidad de rendimiento, miedo al rechazo en la empresa, posible despido), la salud (posibilidad de evitar las complicaciones de la diabetes, evadiendo así el miedo a la muerte y la angustia asociada), la calidad de vida (capacidad para seguir con las actividades cotidianas) y la experiencia sexual (temor frente a la idea de perder la vitalidad, el atractivo, la capacidad de tener hijos, entre otros).

En definitiva, el paciente diabético debe ser capaz de aceptar de manera consciente y responsable su estado. Lo anterior le posibilitará tener experiencias vitales que le brinden realización en el ámbito personal y social. Para mantener una buena calidad de vida, debe estar incluida la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social¹⁵.

Bermúdez¹⁷ globaliza la participación de factores personales (estilos de vida) y socio-ambientales para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente desarrollo.

Los estilos de vida saludables, se definen como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar en la vida.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma se menciona un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables, que al ser asumidos responsablemente, ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y a mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

La estrategia principal para desarrollar estos estilos de vida saludables es el compromiso individual y social, ya que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona. Por otro lado la diabetes puede afectar la calidad de vida en ámbitos de bienestar psicológico y social, de la misma forma que en términos físicos. Un estudio español comparando diabéticos hospitalizados con la población en general evidenció una peor percepción de esos pacientes con relación a su calidad de vida.

Ese impacto, vivido por muchos pacientes después del diagnóstico de la enfermedad, puede estar ligado también al tratamiento, comúnmente compuesto de una rígida dieta, ejercicios físicos, auto monitorización y administración de medicamentos.

La diabetes altera el bienestar físico por la aparición de complicaciones agudas y crónicas y por los síntomas físicos y exigencias del tratamiento.

Solamente, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por las imposiciones de la enfermedad. Restricciones dietéticas o sexuales pueden llevar a conflictos, contribuyendo a disminuir el bienestar del paciente. Algunos estudios comprobaron que, en pacientes con diabetes tipo 2, complicaciones crónicas, como neuropatía, nefropatía, enfermedad cardíaca e infarto afectan negativamente a la calidad de vida.

En adultos mayores con este padecimiento, se han obtenido peores puntuaciones en escalas de energía, dolor y movilidad respecto a adultos mayores sin este diagnóstico. Sin embargo en niños y adolescentes con DM1 no se han observado diferencias en cuanto a Calidad de Vida relacionada con

la salud respecto a controles de iguales edad y sexo. Parece pues que la edad podría modular de forma distinta la salud percibida en esta enfermedad.

2.2.7. Cuidados de Enfermería en Geriatría.

Dentro de estas competencias tenemos: Educar a personas y grupos para mejorar y mantener la salud; Participar en programas de higiene y seguridad, en la prevención de accidentes y enfermedades; generar actividades para que el adulto mayor tenga participación y se desarrolle como una persona normal y para el caso de las personas con discapacidad, ya sea auditiva, visual, sensorial generar actividades de acuerdo a sus capacidades, objetivándose el desarrollo a que el adulto mayor sea lo más independiente posible, que participe en la toma de decisiones para el cuidado integral de su salud individual y familiar⁵.

2.2.8. Teorías Filosóficas:

2.2.8.1. Modelos Sobre el Tema

Modelo de Promoción de la Salud:

“El modelo de Nola J. Pender fue derivado de la teoría del aprendizaje social, la cual enfatiza la importancia mediadora de los procesos cognitivos en la regulación de la conducta. Este modelo explica el porqué de los individuos se comprometen en acciones promotoras de salud. Estructuralmente el Modelo de Promoción de la Salud está organizado similarmente al Modelo de Creencias en Salud; es decir los determinantes de la conducta promotora de salud son categorizados en: 1) Factores cognitivo-perceptuales o percepciones individuales, 2) Factores modificadores, y 3) claves para la acción o variables que afectan la probabilidad de acción”³³, la responsabilidad del personal de salud es la de promocionar el aprendizaje de las conductas que ayuden al adulto mayor a conservar su salud y hacer que la persona adulta mayor sea lo más independiente posible para desarrollarse en la sociedad, esto se logra gracias a la promoción de la salud, hacer que el adulto mayor conozca la actividades y conductas para mejorar y/o mantener su salud.

2.2.8.2. Teoría del Autocuidado:

Los/las enfermeros/as se ocupan de las respuestas humanas a los factores que amenazan el bienestar provocando la enfermedad (Diabetes Mellitus II), en consecuencia, el profesional tiene la posibilidad de prestar servicios a través de acciones diseñadas para promover la salud del ser humano. En la Diabetes Mellitus II se deberá prestar particular atención a las personas que logren la satisfacción de la necesidad de autocuidado, para prolongar su vida, salud o para recuperarse de lesiones y evitar futuras complicaciones.

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud o bienestar, por ello se debe tomar en cuenta el control y manejo de la Diabetes Mellitus II²³, siendo que el autocuidado es una actividad aprendida por las personas para lograr algún bienestar en su salud, con esta teoría se pretende que el adulto mayor aprenda actividades propias para su edad y las aplique en la prevención de las complicaciones de la Diabetes Mellitus II, desarrollándose social y afectiva de manera más eficaz.²³

2.3. Indicadores

La edad: Según, Reeder y Dugás refieren que conforme avanza la edad, se adquiere mayor madurez emocional y de auto cuidado, ya que toman más conciencia en su rol²⁹.

Ocupación: Es el oficio no asalariado que desempeña un individuo, se aprende y se perfecciona interactuado directamente con una materia en particular²⁴

Estado Civil: Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos el de soltería (aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras), el de casado (aquellas que sí lo están) y otros como divorciado separado (las

personas que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso). Estos son, entre otros, los vínculos que determinan el estado civil de una persona¹¹.

Género: El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos¹².

Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto³⁰.

Nivel de Instrucción: El nivel de instrucción de una persona es el grado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos, existen los siguientes niveles:

Analfabetos: Personas que no saben leer ni escribir.

Estudios Primarios: Personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios.

Estudios Secundarios: Son equivalentes a los estudios realizados en la escolaridad secundaria indistintamente hayan terminado completamente o no.

Estudio Superiores: Incluye a los medios-superiores, es decir Técnicos o similares y los que terminaron estudios de Licenciatura o superiores como Maestría, Doctorado y Especialización⁹.

Asimismo, Cuminsky y Meneghello sostiene que el nivel de instrucción es considerado como un indicador del nivel de vida, ya que a un mayor grado de instrucción, le da la oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permitan tomar conciencia y asumir responsabilidades¹⁰

2.4. Hipótesis

H_A: Existe relación significativa entre la calidad de vida y los factores biosociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II. EsSalud. Cajamarca, 2015

H₀: No existe relación significativa entre la calidad de vida y los factores biosociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II. EsSalud. Cajamarca, 2015

2.5. Variables de estudio

2.5.1. Variable independiente

Factores biosociales

Definición Conceptual: Son factores propios del adulto mayor. Esto implica esencialmente asumir y resolver la aceptación de la edad, una redefinición de roles, la educación, la búsqueda e identificación de formas alternativas para el cese de ingresos y, la revisión de vida y establecimiento de nuevas metas³⁸.

Definición operacional: se midió a través de los siguientes indicadores

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Ocupación
- Religión
- Grado de instrucción

Edad: Es la acumulación de tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo, demostrable de características físicas

Sexo: El concepto de sexo, desde la sexología, va más allá de los genitales; hace referencia a toda la estructura corporal.

Estado Civil: Es la situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones.

Ocupación: Es el oficio asalariado que desempeña un individuo, se aprende y se perfecciona interactuando directamente con una materia en particular.

Religión: Llamado así al conjunto de creencias y prácticas acerca de lo divino o sagrado, tanto personal como colectivo, de tipo existencial, moral y espiritual.

Grado de Instrucción: Se entiende por nivel de instrucción de una persona el que corresponde al grado más avanzado terminado y/o al último año de estudios cursados o terminados a que haya llegado esa persona en el sistema de enseñanza ordinario, especial de su estado o de otro estado.

2.5.2. Variable dependiente

Calidad de vida

Definición Conceptual: OMS. Lo define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes²⁷.

2.6. Operacionalización de las variables.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEM
VARIABLE INDEPENDIENTE					
FACTORES BIOSOCIALES	Son todos los acontecimientos relacionados con la salud física y mental que se manifiestan en los seres humanos como consecuencia de su constitución orgánica y la influencia de la presión social que es percibida por el individuo (creencia, normas) para realizar o no ciertos comportamientos. esenciales para asumir y resolver la aceptación de la edad, redefinición de roles, la educación, la búsqueda e identificación de formas alternativas, la revisión de vida y establecimiento de nuevas metas ¹⁶ .	La variable factores biosociales se midió a través de los siguientes dimensiones	BIOLÓGICOS	EDAD	De 60 a 69 años De 70 a 79 años De 80 a mas
				SEXO	Hombre Mujer
			SOCIALES	ESTADO CIVIL	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo
				OCUPACIÓN	Empleado independiente Empleado dependiente Jubilado/ Cesante
				RELIGIÓN	Católico No Católico
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto Primaria Secundaria Superior				

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ITEM
Calidad de vida	Situación que engloba las diferentes dimensiones que determinan el grado de bienestar de las personas o de una población ²⁵ .	Se medirá a través de las siguientes dimensiones:	FÍSICA	Mala : <29 Regular : 29-33 Buena : >33	1,2,5,9,10,11,12,13, 14,15,29,30,31 y 32.
			SOCIAL	Mala : <39 Regular : 39-45 Buena : >45	6,7,8,16,17,18,19,20 ,21,22,23,24,25,26,2 7,28,33,34

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio:

Descriptiva: Porque nos permitió evaluar la calidad de vida de los adultos mayores del Hospital de EsSalud – Cajamarca que adolecen de Diabetes Mellitus Tipo II.

Corte Transversal: Porque se realizó en un determinado tiempo de ocurrencia de los hechos, para el caso del estudio entre los meses de julio a septiembre del 2015.

Correlacional: Porque buscó demostrar la relación entre calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II y los factores biosociales en adultos mayores del Hospital de EsSalud – Cajamarca.

3.2. Ámbito de estudio

Hospital de EsSalud-Cajamarca, esta institución cuenta con los siguientes lineamientos:

- Brindar atención con calidad, con énfasis en la atención primaria.
- Primer nivel de atención: puestos de salud, centros de salud y policlínicos.
- Segundo nivel de atención: hospital II-1 y hospital II-2.
- Tercer nivel de atención: hospital III, hospitales especiales, institutos.

Ubicado en Av. Mario Urteaga N° 963(hospitalización), Av. Hoyos Rubio s/n. Atención primaria: preventivo promocional (consultorios externos)

3.3 Población y muestra

Población

Estuvo conformada por todos los adultos mayores atendidos en la cartera del adulto mayor del Hospital de EsSalud – Cajamarca. 2015.

Muestra

La muestra de la investigación se obtuvo del total de adulto mayores con diabetes mellitus tipo II a través de la aplicación de la fórmula estadística para población finita utilizando un margen de error del 0.05, se tuvo en consideración los criterios de selección, la misma que para el cálculo de la muestra resulta una muestra de 132 adultos mayores.

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N - 1) E^2 + Z^2 p q}$$

En donde:

n= Tamaño de muestra

Z= Valor Z curva normal (1.96)

p= Probabilidad de éxito (0.50)

q= Probabilidad de fracaso (0.50)

N= Población (200)

E= Error muestral (0.05)

Por lo tanto reemplazando la fórmula se obtiene:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50) (200)}{(200 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.25) (200)}{(199) (0.0025) + (3.84) (0.25)}$$

$$n = \frac{(0.96) (200)}{}$$

$$0.49 + 0.96$$

$$n = \frac{192}{1.45}$$

$$n = 132$$

3.4 Unidad de análisis:

Cada adulto mayor con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II atendido en la cartera del adulto mayor del Hospital de EsSalud – Cajamarca, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

3.5 Criterios de selección:

Para la ejecución de la investigación se tendrá en cuenta los siguientes criterios:

3.5.1. Criterios de inclusión

Adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II.

Mayor de 60 años.

Que voluntariamente desee participar en la investigación.

Usuario de la cartera del adulto mayor del Hospital de EsSalud con 6 meses de antigüedad.

Que no tenga alteración mental

3.5.2. Criterios de exclusión

Adulto mayor con diagnóstico de Alzheimer, demencia senil.

3.6 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La validez y confiabilidad fue calculada en base a método de juicio de expertos consultando con profesionales conocedores del tema y la prueba de Crombach obteniéndose un resultado de 0.71, lo que nos indica que es confiable.

La técnica que se empleó para la presente investigación fue la entrevista y la encuesta, el instrumento sobre la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II, validado por Fenco (2010) el cual se encuentra estructurado en 37 ítems y consta de tres partes: introducción donde se consigna la presentación, el propósito y la importancia de la participación de la persona; la segunda, corresponde a las características sociales y la tercera enfocado a la calidad de vida¹⁴.

Para obtener los intervalos de las categorías (mala, regular, y buena) se utilizó la escala de medición de Stanones validado por Fenco, (2010), a fin de obtener los intervalos para las categorías de valor final, tanto de valor global como por dimensiones. (Ver anexo 02)

Para la calidad de vida global:

- Mala : < 82
- Regular : 82 - 91
- Buena : > 91

Para la calidad de vida en la dimensión física: Esta dimensión abarca los siguientes ítems 1,2,5,9,10,11,12,13,14,15,29,30,31,32.

- Mala : < 29
- Regular : 29 - 33
- Buena : > 33

Para la calidad de vida en la dimensión social: Esta dimensión abarca los siguientes ítems 6,7,8,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,33,34.

- Mala : < 39
- Regular : 39 - 45
- Buena : > 45

3.7 Procesamiento de datos.

El procesamiento incluye el ordenamiento de los datos recolectados,(base de datos) para luego ingresarlos en el paquete estadístico Excel 2010 y el software SPSS V. 21

3.8 Interpretación, Análisis y discusión de resultados.

La presentación de los resultados se hará por medio de tablas simples y de contingencia. Para la interpretación se ha considerado los promedios, proporciones, razones. Para el contraste de las hipótesis se realizará a través de la prueba estadística de Chi cuadrado y la significancia con el valor de p. El análisis y discusión se realizará contrastando con la literatura y los estudios de investigación consultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADO, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

**Tabla N° 1. Calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II.
EsSalud – Cajamarca – 2015**

Calidad de vida	N°	%
Buena	31	23.5
Regular	67	50.8
Mala	34	25.8
Total	132	100.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora.

En la Tabla 1, en relación a la calidad de vida del adulto mayor, se encontró que 25.8% tiene calidad de vida mala, 50.8% calidad de vida regular, y 23.5% buena. Estos resultados son parecidos a los reportados por Fenco, (2010), quien concluye que 68% de los adultos mayores tienen una calidad de vida regular¹⁴.

Así mismo se encontró en el estudio realizado por Molina, (2008) que la mayoría de adultos mayores presentaron regular calidad de vida y comprobó la relación estadística $P = 0.01 < 0.05$ entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional “dos de mayo.”¹¹

Como se sabe el envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social, es la resultante de factores que se caracterizan por una serie de cambios sucesivos de carácter irreversible, los cuales se producen en el individuo mucho antes que sus manifestaciones se hagan visibles para él” (10). El tener estos conocimientos, por parte de los entrevistados, permite sus reflexiones y

su preparación para aceptar la vejez con naturalidad e influir en algunos aspectos para mejorar la calidad de vida que le queda por vivir al adulto mayor.

Siendo que la calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada. Los resultados del presente trabajo muestran que los adultos mayores tienen regular calidad de vida lo que significa que cuanto menor considere el nivel de satisfacción de sus necesidades (seguridad, estabilidad, posesión y pertenencia del adulto mayor), menor será el nivel de su 'calidad de vida'.

Además cabe destacar que existen elementos secundarios de la calidad de vida del adulto mayor que significa ser cuidado y protegido con dignidad, ser apoyado por la familia, para que logre su bienestar, respetando su condición de persona, de ser humano, porque es un derecho que las personas de edad deben gozar de atenciones familiares, con asistencia médica y puedan disfrutar de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Tabla N° 2. Calidad de vida según la dimensión Física del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud - Cajamarca - 2015

Calidad de vida Dimensión Física	N°	%
Buena	27	20.5
Regular	74	56.1
Mala	31	23.5
Total	132	100.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora.

En esta Tabla, se presenta la calidad de vida según la dimensión física en el adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II, donde se observan que 23.5% su calidad de vida es mala, 56.1% es regular y 20.5% es buena. Resultados que se refrendan con el estudio de Zamora, (2013) quien concluye que los adultos mayores refieren alteraciones en la dimensión física.¹⁸ lo que significa que los adultos mayores del presente estudio realiza tareas domésticas con dificultad, puede valerse por sí mismo en pocas ocasiones, realiza algunas actividades físicas como caminar e ir de compras con familiares.

El 56.1% de los encuestados presentan regular calidad de vida en la dimensión física, estos resultados se debe a que los pacientes encuestados tienen algún conocimiento acerca de su enfermedad debido a que participan en el programa de proyección del adulto mayor en EsSalud y de alguna manera van conociendo los cuidados que deben tener con su persona para mantenerse en regular actividad.

Tabla N° 3. Calidad de vida según la dimensión Social del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud - Cajamarca-2015

Calidad de vida Dimensión Social	N°	%
Buena	20	15.2
Regular	88	66.7
Mala	24	18.2
Total	132	100.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora.

La tabla 3, muestra que 18.2% encuestados su calidad de vida según la dimensión sociales es mala, 66.7% es regular y 15.2% es buena, como se sabe la multiplicidad de factores que afectan la calidad de vida se ha podido observar que el entorno social es un factor influyente que puede limitar la participación efectiva, en espacios de decisión y generar situaciones de “viejismo”

como también se puede articular y concentrar recursos tales como contención emocional, apoyo, recursos económicos, materiales, incentivar la actividad, facilitar la actualización de cambios sociales y relaciones generacionales y ayudar al desenvolvimiento de los adultos mayores en el entorno físico en el que viven.

Frente esta situación Maldonado¹², (2009), ha realizado un estudio sobre el aspecto social donde encontró que el que presentó mayor afectación en esta dimensión, son los adultos mayores los que tienen pocas amistades, que mantienen relaciones escasas con sus amigos y vecinos en su gran mayoría, y que solo 50% salen a distraerse ya sea solos con la familia o amigos. La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar.

Tabla N° 4. Factores biosociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud - Cajamarca-2015

Factores biosociales		Total	
		N°	%
Edad (años)	De 60 a 69	70	53.0
	De 70 a 79	50	37.9
	De 80 a más	12	9.1
Sexo	Hombre	70	53.0
	Mujer	62	47.0
Estado civil	Soltero	14	10.6
	Casado	79	59.8
	Conviviente	5	3.8
	Divorciado	7	5.3
	Viudo	27	20.5
Ocupación	Empleado Independiente	8	6.1
	Empleado dependiente	31	23.5
	Jubilado/cesante	66	50.0
	Otro	27	20.5
Religión	Católica	105	79.5
	No católica	27	20.5
Grado de instrucción	Analfabeta	16	12.1
	Primaria	27	20.5
	Secundaria	29	22.0
	Superior	60	45.5

Fuente: Encuesta aplicada por la autora.

En esta tabla, se encontró que 53% de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II. tienen entre 60 y 69 años de edad, seguido de 37.9% de 70 a 79 años y 9.1% tienen más de 80 años, referente al sexo 53% Hombres y 47% Mujeres, respecto al estado civil 59.8% son casados, 20.5% viudos, 10.6% solteros, 5.3% son divorciados, y convivientes 3.8%, en cuanto a la

ocupación 50% son jubilado/cesante, empleado dependiente 23.5%, otros 20.5% y 6.1% empleado independiente; respecto a la religión 79.5% son católica, 20.5% no son católicos y finalmente con grado de instrucción 45.5% superior, 22% secundaria, 20.5% primaria, 12.1% analfabeta.

La mayoría de adultos mayores cuando cumplen 50 años lo celebran, pero cuando entra a los 65 ya no los festeja con el mismo entusiasmo porque la sociedad comienza a calificarlos como personas de tercera edad, son los que ya están por jubilarse, o ya se jubilaron, algunos viven con su familia, otros viven solos. Este proceso por el que indudablemente todos los seres humanos vamos a pasar si privilegiadamente llegamos siquiera a los 60 años de edad, no es una enfermedad es una etapa mediante la cual en forma natural el ser humano experimenta en forma personal y con diferente intensidad, su llegada a la senectud, por lo que no tiene que ser traumático. En muchas sociedades son considerados como personas sabias, maduras, experimentadas y dignas de toda confianza.

Sin embargo las personas que llegan a cierta edad afrontan problemas físicos, psíquicos y sociales que derivan de cambios biológicos propios de la edad, y que a veces establecen de forma muy rígida, la capacidad para llevar a cabo un acto tan natural como, el de comer o dormir diariamente.

En relación al sexo se encontró que 53% son hombre y 47% mujeres, estos resultados están relacionados con la población total del país donde encontramos más hombres que mujeres, haciendo una comparación esto resultados son contrarios a los reportados por la literatura donde se refiere que la mujer y el hombre envejecen de distinta manera, ante todo la mujer es más longeva y parte de su ventaja, en cuanto a esperanza de vida es de índole biológica, lejos de ser el sexo débil, parece ser más resistente a cualquier edad; en la edad adulta al menos hasta la menopausia ya que las hormonas la protegen de la cardiopatía isquémica, por ejemplo.

Actualmente en el Perú la esperanza de vida de la mujer es de más de 80 años, por eso son más mujeres las que tienen vida más larga, aunque no necesariamente se indica por vida saludable, porque los patrones de salud y enfermedad acusan marcadas diferencias entre hombres y mujeres.

La longevidad en las mujeres las hace más proclives a contraer enfermedades crónicas, relacionadas frecuentemente con la vejez, como osteoporosis, diabetes, hipertensión, artritis, etc. que reducen notablemente la movilidad, limita las relaciones sociales y por ende la calidad de vida. Los hombres tienen más probabilidades de sufrir cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, siendo las principales causas de muerte, lo que se ha considerado casi como exclusivo del hombre, y se ha restado importancia al relacionarse estos trastornos con la mujer⁹.

Referente al estado civil 59.8% son casados, estos datos son refrendados por el estudio de la Universidad de Warwick (Reino Unido), realizado durante 20 años a 20.000 hombres, los casados viven un promedio de 3 años más que los que decidieron quedarse solteros, o que están viudos o divorciado sobre todo siendo adultos mayores. Una de las principales razones por la que los casados son más longevos es que, al compartir los gastos, sufren menos situaciones de estrés. Y eso se traduce en salud a manos llenas, además tienen con quien compartir su soledad, conversar y realizar actividades de recreación.

En relación a la ocupación se encontró que 50% de los adultos mayores son jubilados y/o cesantes, dada la edad este grupo etario donde ya han cumplido una etapa de su vida productiva y al cumplir los 65 años suele suponer un cambio radical en su modo de actuar, tanto las costumbres como los hábitos de consumo varían y, lamentablemente, no siempre tienen los recursos económicos necesarios para entretenerse en el tiempo libre, pero a través del programa de proyección de los adultos mayores tienen oportunidades de viajar, confraternizar con el mínimo de gasto.

En esta muestra encontramos que 79.5% profesan la religión católica, es probable que esto se deba como respuesta al envejecimiento, que es un proceso del desarrollo humano al que es necesario adaptarse, pues las distintas características de la etapa de la vejez suponen para el individuo desafíos, logros y frustraciones, posibilidades de conflicto y dificultades, entre los cuales se puede mencionar un debilitamiento físico progresivo, la pérdida de seres queridos, y la muerte. Y al igual que en cualquier otra etapa de la vida, en la vejez se apela a los recursos de que se dispone para hacer frente a las dificultades.

Uno de estos recursos personales es la espiritualidad. La concepción que las personas tengan acerca de lo sagrado, que dan origen a muchas conductas, sentimientos, y pensamientos que pueden resultar de particular apoyo en la etapa final de la vida, a la vez que son los criterios centrales en la evaluación de la propia vida. Por estos motivos, se plantea que la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico de los adultos mayores como en su proceso de adaptación al envejecimiento.

En lo relacionado al grado de instrucción se encontró que 45.5% de adultos mayores tienen educación superior, 22.0% secundaria, 20.5% primaria y 12.5 son analfabetos. Para comparar este resultado, Cuminsky y Meneghello señala que el nivel de instrucción es considerada como indicador de nivel de vida, ya que a mayor grado de instrucción, le da la oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permitan tomar conciencia y asumir responsabilidades¹⁰.

Tabla N° 5. Relación entre calidad de vida y la edad del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud - Cajamarca-2015

Edad (años)	Calidad de vida						Total	
	Bueno		Regular		Mala			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 60 a 69	19	61.3	43	64.2	8	23.5	70	53.0
De 70 a 79	9	29.0	22	32.8	19	55.9	50	37.9
De 80 a más	3	9.7	2	3.0	7	20.6	12	9.1
Total	31	100.0	67	100.0	34	100.0	132	100.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora.

$$X^2 = 19.252$$

$$p = 0.001$$

$$p < 0.05$$

En la Tabla 5, se observa que del total de adultos mayores con buena calidad de vida, 61.3% tienen de 60 a 69 años, de todos los adultos mayores que tienen regular calidad de vida 64.2% tienen de 60 a 69 años, pero los adultos mayores que califican mala calidad de vida 55.9% tienen de 70 a 79 años de edad, de lo cual se deduce que a mayor edad su calidad de vida tiende a ser mala.

Muñoz, (2013) en su estudio sobre calidad de vida en pacientes diabéticos, en cuanto a la edad, refiere no haber encontrado diferencias significativas, al igual que el grado de instrucción pero que son aspectos que afectan la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

Se ha demostrado que existe relación significativa ($p < 0.05$) entre la calidad de vida y la edad del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II en EsSalud de Cajamarca, según la aplicación del Chi-Cuadrado con 95% de nivel de confiabilidad.

Tabla N° 6. Relación entre calidad de vida y el género en el adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud - Cajamarca-2015

Sexo	Calidad de vida						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hombres	20	64.5	38	56.7	12	35.3	70	53.0
Mujeres	11	35.5	29	43.3	22	64.7	62	47.0
Total	31	100.0	67	100.0	34	100.0	132	100.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora.

$$X^2 = 6.301$$

$$p = 0.043$$

$$p < 0.05$$

En esta Tabla se observa que del total de adultos mayores con buena calidad de vida, 64.5% son hombres; de todos los adultos mayores que tienen regular calidad de vida 56.7% son mujeres, pero los adultos mayores que califican mala calidad de vida 64.7% son mujeres, se

observa entonces que los adultos mayores del sexo femenino en su mayoría tienen mala calidad de vida.

En un estudio realizado en México, se concluye que “El mayor resultado negativo de la diabetes en la calidad de vida se asoció con el género masculino, con el ingreso menor al promedio con la presencia de complicación por la diabetes³¹.

Los hombres con un mayor nivel educativo tienen una relación importante entre la dimensión de la ansiedad y preocupación y el funcionamiento sexual en contraste con las mujeres existen tres condiciones socio demográfica específicas de la enfermedad que afectan a ciertos dominios más que otros, sobre todo para responder a las necesidades individuales de los pacientes, esas condiciones son: la diferencia de género, el nivel educativo y el ingreso económico³¹.

Se está demostrando que existe relación significativa ($p < 0.05$) entre la calidad de vida y el sexo del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II en EsSalud de Cajamarca, según la aplicación del Chi-Cuadrado con 95% de nivel de confiabilidad.

Tabla N° 7. Relación entre calidad de vida y el estado civil del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud - Cajamarca-2015

Estado civil	Calidad de vida						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	3	9.7	9	13.4	2	5.9	14	10.6
Casado	24	77.4	45	67.2	10	29.4	79	59.8
Conviviente	0	0.0	1	1.5	4	11.8	5	3.8
Divorciado	0	0.0	3	4.5	4	11.8	7	5.3
Viudo	4	12.9	9	13.4	14	41.2	27	20.5
Total	31	100.0	67	100.0	34	100.0	132	100.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora.

$$X^2 = 30.548$$

$$p = 0.000$$

$$p < 0.05$$

En la Tabla 7, se observa que del total de adultos mayores con buena calidad de vida, 77.4% son casados o sea su relación es formal; de todos los adultos mayores que tienen regular calidad de vida 67.2% también son casados, sin embargo los adultos mayores que califican mala calidad de vida 41.2% son viudos, se observa entonces que a medida que los adultos mayores tienen una relación informal su calidad de vida es mala.

Se está demostrando que existe alta relación significativa ($p < 0.05$) entre la calidad de vida y el estado civil del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II en EsSalud de Cajamarca, según la aplicación del Chi-Cuadrado con 95% de nivel de confiabilidad.

Tabla N° 8. Relación entre calidad de vida y la ocupación del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud Cajamarca-2015

Ocupación	Calidad de vida						Total	
	Buena		Regular		Mala		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Empleado Independiente	1	3.2	1	1.5	6	17.6	8	6.1
Empleado dependiente	4	12.9	12	17.9	15	44.1	31	23.5
Jubilado/cesante	21	67.7	37	55.2	8	23.5	66	50.0
Otro	5	16.1	17	25.4	5	14.7	27	20.5
Total	31	100.0	67	100.0	34	100.0	132	100.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora.

$$X^2 = 27.484$$

$$p = 0.000$$

$$p < 0.05$$

En la Tabla 8, se observa que del total de adultos mayores con buena calidad de vida, 67.7% son jubilados o cesantes; del total de adultos mayores que tienen regular calidad de vida 55.2%

también son jubilados o cesantes, sin embargo los adultos mayores que califican con mala calidad de vida 44.1% son empleados dependientes, se observa entonces que los adultos mayores que todavía trabajan de forma dependiente tienen mala calidad de vida.

Según la prueba de chi cuadrado se encontró que existe relación altamente significativa ($p < 0.05$) entre la calidad de vida y la ocupación del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II en EsSalud de Cajamarca, con 95% de nivel de confiabilidad.

Tabla N° 9. Relación entre calidad de vida y la religión del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud Cajamarca-2015

Religión	Calidad de vida						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Católica	26	83.9	53	79.1	26	76.5	105	79.5
No católica	5	16.1	14	20.9	8	23.5	27	20.5
Total	31	100.0	67	100.0	34	100.0	132	100.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora.

$$X^2 = 0.562$$

$$p = 0.755$$

$$p > 0.05$$

En la Tabla 9, se puede verificar que del total de adultos mayores con buena calidad de vida, 83.9% profesan la religión católica; de todos los adultos mayores que tienen regular calidad de vida 79.1% también son católicos, y los adultos mayores que califican mala calidad de vida 76.5% de igual manera profesan la religión católica, se observa entonces que los adultos mayores con buena, regular y mala calidad de vida en su mayoría son católicos y en su minoría no católicos.

Se ha demostrado que no existe relación significativa ($p > 0.05$) entre la calidad de vida y la religión del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II en EsSalud de Cajamarca, según la aplicación del Chi-Cuadrado con 95% de nivel de confiabilidad.

Tabla N° 10. Relación entre calidad de vida y factores biosociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud Cajamarca-2015

Grado de instrucción	Calidad de vida						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	1	3.2	4	6.0	11	32.4	16	12.1
Primaria	4	12.9	15	22.4	8	23.5	27	20.5
Secundaria	6	19.4	15	22.4	8	23.5	29	22.0
Superior	20	64.5	33	49.3	7	20.6	60	45.5
Total	31	100.0	67	100.0	34	100.0	132	100.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

$$X^2 = 24.196 \quad p = 0.000 \quad p < 0.05$$

En la Tabla 10, se puede verificar que del total de adultos mayores con buena calidad de vida, 64.5% tienen grado de instrucción superior; de todos los adultos mayores que tienen regular calidad de vida 49.3% también tienen grado de instrucción superior, pero los adultos mayores que califican mala calidad de vida 32.4% son analfabetos se observa entonces que los adultos mayores con mala calidad de vida tiene bajo nivel de instrucción.

Se está demostrando que existe alta relación significativa ($p < 0.05$) entre la calidad de vida y el grado de instrucción del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II en EsSalud de Cajamarca, según la aplicación del Chi-Cuadrado con 95% de nivel de confiabilidad.

Caldwell (2007) refiere que las personas cada vez que escalen los diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior, entienden y aceptan con mayor grado de información sanitaria, cumplir con más responsabilidad las necesidades pertinentes para el cuidado de la salud⁹. Así mismo, Gonzales (2006) refiere que existe un alto porcentaje de adultos mayores que poseen un grado de escolaridad bajo y por ende su conocimiento deficiente en la práctica de su autocuidado, factor que influye para que se den las complicaciones agudas y crónicas en los pacientes diabéticos¹⁷.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación realizada en el Hospital EsSalud Cajamarca se determinó que la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II es regular en más de la mitad, mala en cuarta parte y buena menos que la cuarta parte.

Según la dimensión física más de la mitad tiene regular calidad de vida, menos de la cuarta parte es mala y la tercera parte es buena.

En la dimensión social, más de la mitad de adultos mayores tienen calidad de vida regular, menos de la cuarta parte es mala y un tercio es buena la calidad de vida.

En cuanto a los factores biosociales, la mayoría de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II se encuentran entre las edades de 60 a 80 años, son de sexo masculino, casados, jubilados o cesantes; pertenecen a la religión católica, y tienen como grado de instrucción superior.

Se ha demostrado que existe relación significativa entre la calidad de vida y la edad, sexo, estado civil, ocupación, y grado de instrucción del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II en EsSalud - Cajamarca 2015.

RECOMENDACIONES

1. A los directivos del Hospital de EsSalud – Cajamarca y MINSA promover programas de prevención e intervención dirigidos a pacientes con Diabetes Mellitus, que posteriormente puedan ser ampliados a otros ámbitos clínicos.
2. Al equipo de salud que dirige el programa del adulto mayor del Hospital EsSalud para que elabore talleres en conjunto con el profesional de nutrición para elaborar su dieta alimenticia del paciente diabético y darles a conocer para mejorar su calidad vida y sobrellevar el proceso de su enfermedad.
3. A los pacientes diabéticos del Hospital EsSalud participar activamente en los programas de proyección del adulto mayor para mejorar su calidad de vida.
4. A la Escuela Académico Profesional de Enfermería que estimule a los estudiantes para que continúen con el estudio sobre tema tan álgido y que muchas veces se sub estima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro A., Carothers E. y Gonzales T. La calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. 2006
2. Alleyne Sir G. La diabetes una declaración para las Américas. Sanitaria Panamericana. 2006; 121(5):461-6.
3. American Diabetes Association (ADA). Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. 1999
4. Balmaceda. J., Sánchez J., Barrios P., y Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. México, 2003
5. Barrón V. Ojeda G. y Vera S. estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso. Chile. 2014
6. Bautista M., Zambrano G. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. México. 2015
7. Bermúdez M. Actividad Física y Salud I. España. 2007.
8. Calidad de vida. Citado el 22 de octubre del 2015. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo6.pdf
9. Calwell, comportamiento por niveles de edad en adulto mayor en la calidad de vida, 2009
10. Cuminsky y Meneghello calidad de vida en adulto mayor Chile 2006
11. Definición de estado civil (citado el 15 de noviembre de 2015, disponible en: <http://www.definicionabc.com/derecho/estado-civil.php>)
12. Definición de género (citado el 16 de noviembre de 2015, disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>)
13. Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Honduras. 2009
14. Fenco M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Perú. 2010.
15. Gamboa C. precepción del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II sobre su calidad de vida. Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Perú. 2013
16. Garay S, Calidad de vida en la auto percepción de los adultos mayores sobre su vejez. México 2009.

17. Gonzales. A y Ardón B. Factores sociales y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus que asiste a la consulta externa especializada del Hospital Nacional Doctor Luis Edmundo Vásquez del departamento de Chalatenango en el período de noviembre 2005 a enero 2006. El Salvador, 2006
18. Herva a., Zavaleta A., Beldarrain o. y Diez J. calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Navarra. 2007
<http://www.fgcsic.es/sites/default/files/InformeEnvejecimiento.pdf>
19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. 2013
20. Maldonado G. y Mendiola S. Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores”. México, 2009
México 2007
21. Michelini A. La diabetes en el anciano. Uruguay. Citado el 21 de octubre de 2015.
Disponible en <http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/diabetes.html>
22. Ministerio de la Protección Social. Guía 17: Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2. En Guía de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Bogotá; 2007. p. 361-439.
23. Miranda, G. (2014). La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Cuba.
24. Molina Y. Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo” Enero – Febrero. Lima, 2008
25. Muñoz D. Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo tratados con insulina vs tratados sin insulina atención primaria. Chile, 2013
26. Parapar C. y Fernández J. Informe sobre envejecimiento. Madrid. 2010 (citado el 20 de octubre de 2015. Disponible en
27. Programa regional de población de Cajamarca. 2012 – 2016. Cajamarca. 2012
28. Quirantes A, López L, Curbelo V, Montano J, Machado P, Quirantes A. La calidad de vida del paciente diabético. El Hospital [internet]. Febrero/Marzo 2003 [Citado enero 2011]:36-41.
Disponible en [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)095.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)095.pdf).
29. Reeder, S. (1998). Enfermería ocupacional. México

30. Religión (citado el 15 de noviembre de 2015, disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=FnJDQ1XxpDXX2wJBbQyk>)
31. Salazar, Gutiérrez et al. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). México, 2012
32. Teoría del autocuidado. Citado el 25 de octubre del 2015. Disponible en: <http://ambitoenfermeria.galeon.com/dorothea.html>
33. Urteaga, B. M. E. Promoción y educación para la salud. 1ª ed. Cajamarca; 2006
34. Valadez I, Aldrete M, Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública (Méx). 1993;35(5):464-70.
35. Watson J. Filosofía y teoría de los cuidados humanos. 3a ed. s. l.: Universidad de Colorado; 1999.
36. Zamberlan C, Calvetti A, Deisvaldi J, De Siqueira H. Calidad de vida, salud y enfermería en la perspectiva eco sistémica. Enfermería Global (Esp). 2010;(20):1-7.
37. Zamora F. la diabetes mellitus y su incidencia en la calidad de vida en el adulto mayor en la parroquia Andrés de vera de Portoviejo en el periodo de octubre del 2012 a marzo del 2013. Manbí. 2013
38. Zavala M. Funcionamiento social del adulto mayor. Argentina. 2006.
39. Zúñiga L. Conocimiento y cumplimiento del régimen terapéutico y l presencia de complicaciones en pacientes diabéticos tipo II. Centro Medico San francisco de Asís. Perú. 2006.

ANEXOS

ANEXO 01

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Estimado (a) señor (a), mi nombre es Rebeca Vega Jiménez, soy Bachiller en enfermería egresada de la Universidad Nacional de Cajamarca, y en coordinación con el área de Enfermería del Hospital EsSalud, estoy realizando un estudio sobre la “Calidad de Vida y los factores biosociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II. EsSalud. Cajamarca, 2015”, con el objetivo de describir y analizar cómo influyen los factores biosociales en la calidad de vida de los adultos mayores. Por lo que solicito a usted responder sinceramente todas las preguntas para poder orientar o formular estrategias que permitan mejorar su calidad de vida. Dicha información será de carácter confidencial por lo que se agradece de antemano su colaboración.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta, marque con un aspa (x) según crea conveniente. Elija solo una alternativa.

I. FACTORES BIOLÓGICOS

1. Edad: 60 – 69 () 70 – 79 () 80 a más ()
2. Sexo: (H) (M)

II. FACTORES SOCIALES

1. Estado civil:
Soltero () Casado () Conviviente () Divorciado () Viudo ()
2. Ocupación:
Empleado independiente () Empleado dependiente () Jubilado/cesante ()
Otro ()
3. Religión:
Católico () No católico ()
4. Grado de instrucción:
Analfabeto () (Primaria () Secundaria () Superior ()

III. CALIDAD DE VIDA

Nº	Ítems	Siempre 1	A veces 2	Nunca 3
1	¿Con que frecuencia padece de insomnio?			
2	¿Con que frecuencia la diabetes afecta su vida sexual?			
3	¿Se siente deprimido, triste, desesperado?			
4	¿Tiene problemas de memoria?			

5) ¿Cómo considera su estado actual de salud?

3 Buena 2 Regular 1 Mala

6) ¿con quién vive usted?

1 Solo 2 Acompañado (Especifique con quien).....

¿En qué medida está satisfecho con la relación que mantiene con...?

Nº	Ítems	Satisfecho 3	Indiferente 2	Insatisfecho 1	No tengo 0
7	Familia				
8	Amigos y vecinos				

¿Tiene dificultad para realizar las siguientes actividades?

Nº	Ítems	Ninguna 3	Poca 2	Demasiada 1
9	Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse...)			
10	Realizar tareas domésticas.			
11	Caminar			

12) ¿Usted puede valerse por sí mismo?

3 Siempre 2 A veces 1 Nunca

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su nivel de actividad física diaria?

- 13) 1 Pasó el día completamente inactivo (leo, veo la televisión, etc.)
- 14) 2 Realizó algunas actividades cotidianas normales (voy hacer compras)
- 15) 3 Realizó algunas actividades físicas o deportivas ocasionales (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades que requieren un ligero esfuerzo, etc.)

¿Con que frecuencia realiza usted las siguientes actividades?

Nº	Ítems	Siempre 3	A veces 2	Nunca 1
16	Leer un libro o un periódico.			
17	Visitar a pacientes o amigos.			

18	Ver televisión, escuchar radio.			
19	Caminar, ir de compras.			
20	Realizar actividades recreativas con otras personas.			
21	Cuidar niños.			
22	Hacer manualidades (coser).			

23) ¿Qué tan satisfecho esta con las actividades que realiza en su tiempo libre?

3 Satisfecho 2 Indiferente 1 Insatisfecho

¿En qué medida está satisfecho en los siguientes aspectos de la casa donde vive?

Nº	ítems	Satisfecho 3	Indiferente 2	Insatisfecho 1
24	Ruido.			
25	Temperatura, iluminación.			
26	El orden y la limpieza.			
27	Las comodidades (electrodomésticos, etc.)			

28) ¿Qué tan satisfecho está con la vivienda que tiene?

3 Satisfecho 2 Indiferente 1 Insatisfecho

¿Qué tan satisfecho está con...?

Nº	Ítems	Satisfecho 3	Indiferente 2	Insatisfecho 1
29	¿El tiempo que gasta en hacerse chequeos?			
30	¿Tu tratamiento actual?			
31	¿Sus conocimientos sobre su diabetes?			
32	¿La apariencia de su cuerpo?			
33	¿Su vida en general?			

34) ¿Cómo califica su ingreso económico mensual?

- 1 No le alcanza.
- 2 Le alcanza para sobrevivir.
- 3 Le alcanza para vivir con comodidades.
- 4 Es suficiente.

35) ¿Considera que usted está en la capacidad de seguir aprendiendo cosas nuevas?

- 2 Sí 1 No

36) Para usted ¿Qué es más importante para tener una buena calidad de vida?

- 6 Tener buena salud.
- 5 Mantener buenas relaciones familiares y sociales.
- 4 Poder valerse por sí mismo.
- 3 Tener una vivienda buena y cómoda.
- 2 Tener oportunidades de aprender conocer nuevas cosas.
- 1 Tener una buena pensión o renta.
- 0 Otras ¿Cuáles?.....

37) ¿Cómo valora usted su propia calidad de vida?

- 3 2 1

Bueno

Regulas

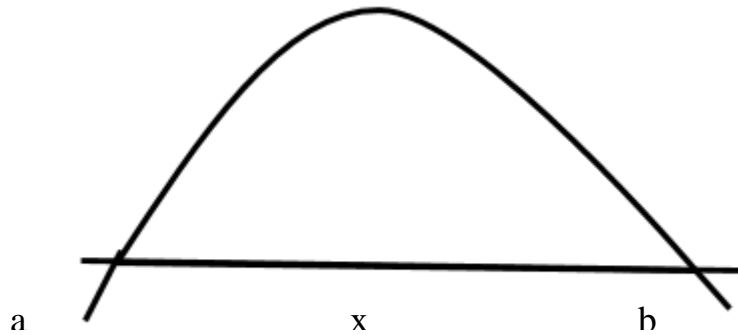
Mala

ANEXO N° 02

MEDICIÓN DE LA VARIABLE ESCALA DE STANONES

Se utilizó la Escala de Stanones a fin de obtener los intervalos para las categorías de valor final tanto de forma global como por dimensiones.

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Stanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar $S = \sqrt{S^2}$

Media: 86.7

Desv. Tip. : 6.05

Promedio: $X = \frac{\sum X}{n}$

$$a = X - 0.75(S)$$

$$a = 86.7 - 0.75 (6.05) = 82$$

$$b = X + 0.75(S)$$

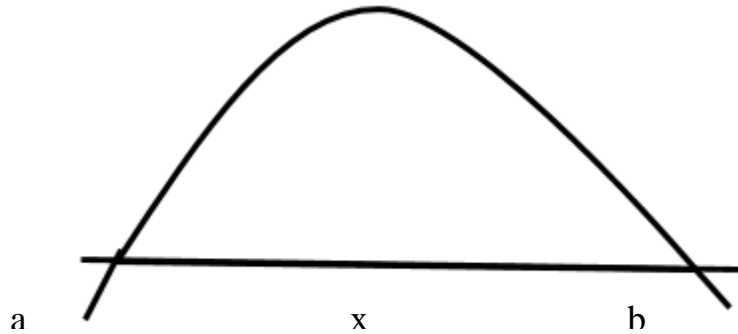
$$b = 86.7 + 0.75 (6.05) = 91$$

- Malo: < 82
- Regular 82 – 91
- Bueno > 91

CATEGORIZACIÓN POR DIMENSIONES

Dimensión Física

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Stanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar $S = \sqrt{S^2}$

Media: 31.3

Desv. Tip. : 2.51

Promedio: $X = \frac{\sum X}{n}$

$$a = X - 0.75(S)$$

$$a = 31.3 - 0.75 (2.51) = 29$$

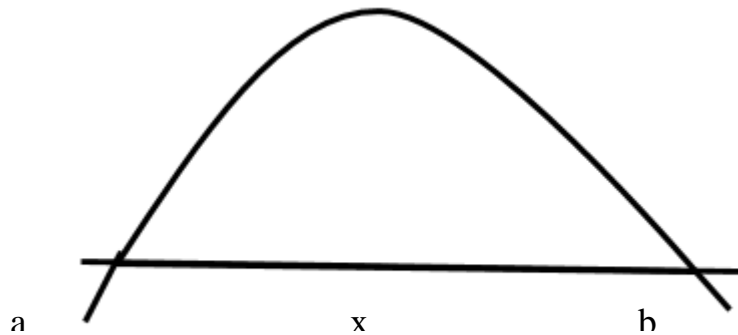
$$b = X + 0.75(S)$$

$$b = 31.3 + 0.75 (2.51) = 33$$

- Malo: < 29
- Regular 29 – 33
- Bueno > 33

Dimensión Social

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Stanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar $S = \sqrt{S^2}$

Media: 42.2

Desv. Tip. : 3.67

Promedio: $X = \frac{\sum X}{n}$

$$a = X - 0.75(S)$$

$$a = 42.2 - 0.75 (3.67) = 39$$

$$b = X + 0.75(S)$$

$$b = 42.2 + 0.75 (3.67) = 45$$

- Malo: < 39
- Regular 39 – 45
- Bueno > 45